

育児休業支援手当金請求書

組合員等										所属 機関	名称	〇〇市役所	
記号	6	0	0	番号			1	2	3	4	所在地	〇〇市〇丁目〇番地	
組合員					氏 名					標準報酬の等級及び月額			
					共済 花子					第〇等級 280,000 円			
育児休業に係る子					氏 名					生年月日		出産予定日	
					共済 子太郎					令和 7 年 4 月 3 日		令和 7 年 3 月 28 日	
育児休業期間					① 令和 7 年 5 月 30 日 ～ 令和 10 年 4 月 2 日 実際に取得する育児休業期間を記入してください。(辞令と同じ期間)								
育児休業支援手当 請求期間					① 令和 7 年 5 月 30 日 ～ 令和 7 年 6 月 26 日 28日間を上限として記入してください								
組合員が育児休業に係る子の産後休業の取得					有 ・ 無 (いずれか○で囲んでください。)								
配偶者の雇用保険の加入					加入している ・ 加入していない (いずれか○で囲んでください。)								
配偶者の職					国家公務員・地方公務員 (公務員の場合いずれか○で囲んでください。)								
配偶者の状態					※組合員の配偶者が以下の1～7に該当する場合は、該当する記号を○で囲み、7の場合は理由も記載ください。								
1 配偶者がいない 2 配偶者が組合員の子 3 組合員が配偶者から 4 配偶者が無業者 5 配偶者が就労してい (自営業者・フリー					別添「育児休業支援手当金の支給要件の基本フローチャート」を参考に該当する記号を○で囲んでください。この番号と、●育児休業支援手当金の支給要件の基本フローチャート●育児休業支援手当金請求に係る主な添付書類は同じ番号です。 配偶者が産後休業中 1～6以外の理由で配偶者が育児休業をすることができない。 理由：								
配偶者の育児休業期間					年 月 日								
上記のとおり請求します。 岐阜県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日 住 所 請 求 者 氏 名										上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名			

給付決定額		円							
決裁年月日						基幹システム		受付年月日	
事務局長	次長	課長	課長補佐	係長	係	入力	確認		